

# LES ADDICTIONS SANS DROGUE

## Des addictions comme les autres

### Et une voie de recherche prometteuse

Pr Jean-Luc VENISSE

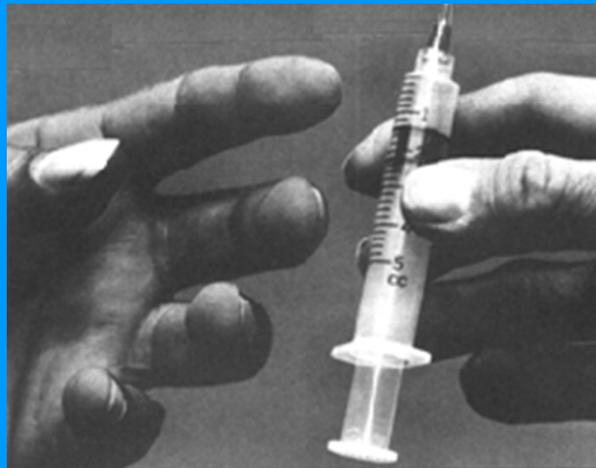


Pôle universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie – CHU NANTES





**Pendant longtemps Addictions = Toxicomanie  
Ou  
L'héroïnomane bouc-émissaire de la société**



## Des substances illicites aux produits licites

- » Alcool
- » Tabac
- » Médicaments



- C N Ethique
- Rapport pharmacologue ROQUES (complexité des niveaux de toxicité et de dangerosité)

De l'approche par produits à l'approche par comportements

Ce n'est pas l'objet qui définit l'addiction !

Plan Gouvernemental 1999-2002

N. MAESTRACCI



## SORTIR d'une approche en **TOUT** ou **RIEN** en définissant des **MODES D'USAGE**

- Usage simple ou récréatif
- Usage à risque
- Usage nocif ou abus
- Dépendance



Mieux prendre en compte  
les **ASSOCIATIONS**  
et  
**RELAIS**

de conduites

- » **POLY CONSOMMATIONS**
- » **POLY ADDICTIONS**



# Les FRONTIÈRES S'ESTOMPENT

Drogue / médicaments / dopage

Addictions SPA / addictions comportementales

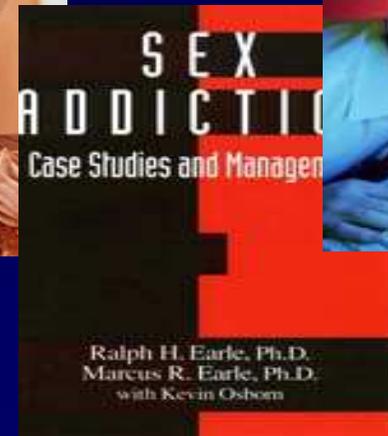


## Dans tous les cas NOTION :

- » De récompense (mieux être, euphorie)
- » D'envie irrésistible après un certain temps de répétition du comportement
- » De perte de contrôle



# Addiction, Habit or Hobby



substance, reward, behavior, memory

## UNE SOCIETE ADDICTIVE

Offre de consommation sans limite [et addiction  
comme argument publicitaire (DIOR ADDICT)]

## TENSION EXTREME

Entre avidités débordantes

et

exigences d'auto-contrôle

Honnête  
homme  
du XXI  
siècle



# ALORS TOUS ADDICTS ?

Conduites d'excès inhérentes à toute existence humaine

Limite du côté

- Des dommages subis
- De la poursuite de la conduite malgré ses conséquences  $< 0$

Attention à la **PATHOLOGISATION DE L'EXISTENCE** !

Mais aussi appropriation médicale depuis le XIXe de questions auparavant d'abord religieuses et morales



# L'APPROCHE TRANSVERSALE DE L'ENSEMBLE DES ADDICTIONS est validée à de multiples niveaux :

- I - Clinique et comportemental
- II - Niveau neuro-biologique et de psychologie expérimentale
- III - Niveau des facteurs de risque et de vulnérabilité
- IV - Niveau psycho-pathologique

permettant

- V - des critères et une évaluation transversaux
- VI - des références thérapeutiques communes



## I - AU NIVEAU CLINIQUE ET COMPORTEMENTAL

- Parenté des séquences cognitivo comportementales
- Vocabulaire des patients
- Position du patient et de son entourage
- Phénomènes de tolérance et de sevrage



## Les comorbidités sont les mêmes

→ psychiatriques

troubles anxieux

troubles de l'humeur

\* dépressifs

\* bipolaires

→ addictives



## II - AU NIVEAU NEURO-BIOLOGIQUE

- Mêmes voies finales communes activées
  - circuit dopaminergique mésolimbique de récompense
  - en interconnexion étroite avec
    - \* systèmes opioïdes endogènes (Analgésie Euphorie)
    - \* systèmes cortico-surrénaliens (STRESS)

Dans les addictions comportementales la voie du STRESS pourrait être le primum movens

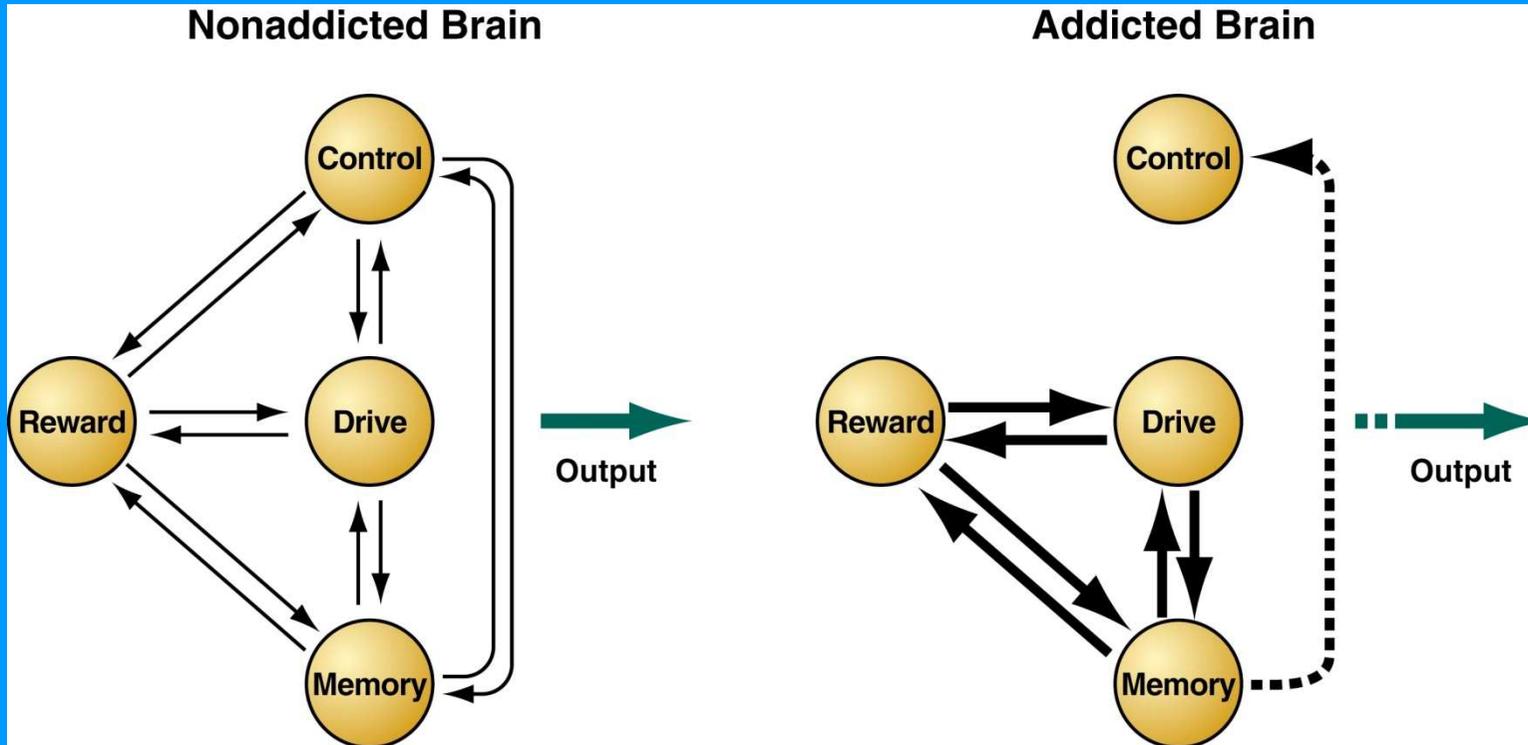
## AU NIVEAU DE LA PSYCHOLOGIE EXPERIMENTALE

De nombreux travaux montrent (avec corrélations anatomiques en imagerie fonctionnelle) des troubles des capacités d'autorégulation

- automatiques (biais attentionnels)
- volontaires (difficultés à la prise de décision) impliquant le cortex préfrontal



## 5. Volkow, Fowler, Wang 2003



Modèle de 4 circuits impliqués dans Addiction ; reward (sillance), motivation-pulsion (état interne), mémoire (associations acquises) et contrôle (résolution de conflits). Ces circuits fonctionnent ensemble et changent avec l'expérience et l'évolution du processus addictif.

# III – AU NIVEAU DES FACTEURS DE RISQUE ET DE VULNERABILITE

cf méta analyse CLARKE (2008)



# Facteurs individuels

## *La période de l'enfance et de l'adolescence*

- Difficultés émergeant à l'adolescence : symptômes dépressifs, troubles des conduites sociales (absentéisme scolaire, fugues, bagarres...), troubles somatiques (malaises ...),
- Précocité des consommations (l'adolescence et la période pubertaire représentant une période de sensibilité particulière à la dépendance).



## *Les traits de personnalité et de tempérament, les troubles du comportement*

- Faible estime de soi, autodépréciation, timidité, réactions émotionnelles excessives, difficultés à faire face aux évènements, difficultés à établir des relations stables et satisfaisantes, difficultés à résoudre les problèmes interpersonnels,
- Niveau élevé de recherche de sensations et de nouveautés, faible évitement du danger, niveau élevé de réactivité émotionnelle, faible niveau de sociabilité,
- Comportements perturbateurs précoces dans l'enfance



## *Les évènements de vie*

- Pertes et deuils, grossesses non désirées, abus sexuels, maladies graves.

## *Les comorbidités psychiatriques*

- Troubles des conduites, hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles de humeur, troubles anxieux.



# Facteurs environnementaux

## La famille

- relations parents-enfants insatisfaisantes et conflictuelles,
- Style d'éducation parental (permissif, rejetant, négligeant),
- Ambiance familiale délétère, violences intra-familiales,
- Habitudes de consommations familiales, niveau de tolérance pour leur usage, histoire familiale de dépendance à un produit ou une conduite.
- Événement de vie familiaux

## L'environnement social

- Dimension culturelle des usages (ou acceptation sociale du produit),
- Milieux socioculturels favorisant la perte des repères sociaux (misère familiale, chômage, quartiers défavorisés, perte des valeurs),
- Problèmes scolaires (absence d'encadrement pédagogique cohérent, exclusion et rupture scolaire),
- Marginalité



## IV - Niveau psycho-pathologique

- des fonctions voisines pour toutes ces conduites de recherche de
  - soulagement/anesthésie
  - stimulation

reflet fragilité narcissique et difficulté à utiliser les ressources internes

- Fragilité narcissique qui se révèle souvent à l'adolescence autour des exigences de séparation - individuation liées à cette période du développement psycho-affectif (P. BLOS)



## Les critères du Trouble Addictif (A. GOODMAN, 1990)

### 4 critères principaux :

- A) Impossibilité de résister à impulsion de s'engager dans le comportement
- B) Tension croissante avant d'initier le comportement
- C) Plaisir ou soulagement au moment de l'action
- D) Perte du contrôle en débutant le comportement



E) Au moins cinq des critères suivants :

- 1) Préoccupation fréquente pour le comportement ou l'activité qui prépare à celui-ci
- 2) Engagement plus intense ou plus long que prévu dans le comportement
- 3) Efforts répétés pour réduire ou arrêter
- 4) Temps considérable passé à réaliser le comportement
- 5) Réduction des activités sociales, professionnelles, familiales du fait du comportement
- 6) L'engagement dans ce comportement empêche de remplir des obligations sociales, familiales, professionnelles
- 7) Poursuite malgré les problèmes sociaux
- 8) Tolérance marquée
- 9) Agitation ou irritabilité s'il est impossible de réduire le comportement

F) Plus d'un mois ou de façon répétée pendant une longue période



## L'addiction (selon Goodman) se situe entre impulsion et compulsion

- Impulsion : recherche du plaisir ou d'une gratification immédiate
- Compulsion : soulagement des tensions et réduction des affects pénibles
- Addiction : partage, selon les moments évolutifs, les caractéristiques de l'impulsion et de la compulsion



## VI - UN ABORD THERAPEUTIQUE, QUI MALGRE QUELQUES SPECIFICITES S'APPUIE SUR LES MEMES REFERENCES DE BASE :

- Notion d'**objectifs élargis**, au delà de la seule disparition de la conduite
- Notion de **RDR** devenue elle aussi transversale
- Notion d'**engagement dans la durée** d'une équipe pluridisciplinaire stable (continuité – fiabilité)
- Notion de **cheminements par étapes** (step by step) incluant
  - » Travail motivationnel
  - » Prévention et accompagnement des rechutes
- Place essentielle dans cette mesure des **soins ambulatoires intensifs**
- Place centrale également des **thérapies cognitives et comportementales**, individuelles et de groupe, ainsi que des **approches familiales**



# VII– LISTE DE CES ADDICTIONS COMPORTEMENTALES LONGUE ET EVOLUTIVE

Non limitative, dès lors que ce n'est pas d'abord la nature de l'objet qui prime mais le mode de relation avec lui.

## 1 –Les addictions alimentaires

Dans leurs formes extrêmes opposées, mais souvent associées, de l'anorexie et la boulimie

- **avec la place centrale de la boulimie**

- historique de LASEGUE à RUSSEL « Toutes les anorexiques sont des affamées » (M. SELVINI)
- La boulimie comme toxicomanie sans drogue dès 1945  
(WULF-FENICHEL)
- « Rester vide mince et dure pour sauvegarder une intégrité, une valeur, voire une perfection et une puissance excitante qui est venue battre en brèche le besoin de se gaver comme le besoin de l'autre, le premier n'étant que le substitut pervers du second » (B. BRUSSET)
- évolution des critères diagnostiques DSM et réalité clinique de l'association
- une séquence comportementale évocatrice

Pôle universitaire d'Addictologie et de Psychiatrie – CHU NANTES

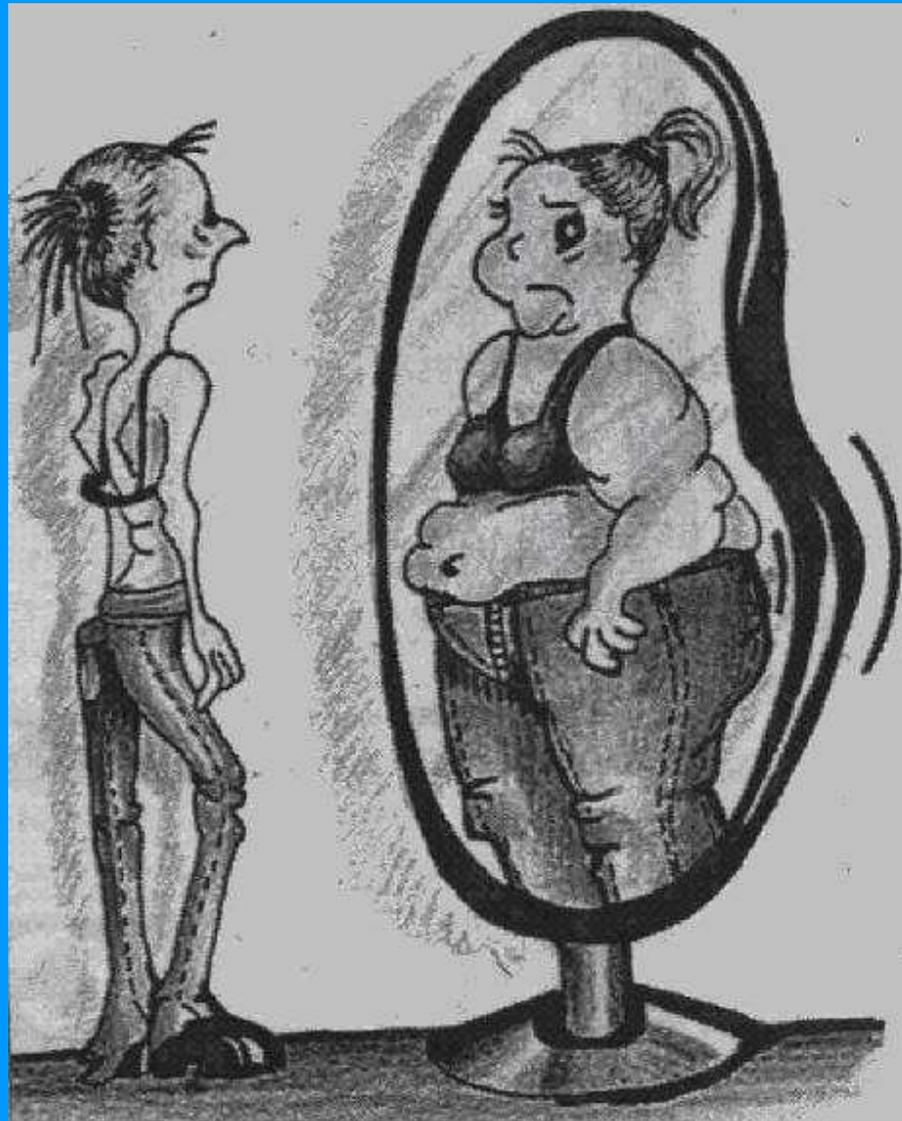


- **avec dans l'anorexie restrictive** la toxicomanie endogène liée à la restriction et l'hyperactivité
- **avec la fréquence des autres addictions associées, à des SPA et sans drogues**

L'anorexie touche 0,9 % des femmes et la boulimie 1,5 % mais en intégrant les formes subcliniques un adolescent sur 10 est concerné et 5 à 10 % des formes avérées d'anorexie mentale en meurent (cf SANTE DE L'HOMME mars-avril 2008)

Ces addictions alimentaires illustrent tout particulièrement la **spécificité du lien nourricier mère-fille et la question du sevrage** (dans son sens premier) ainsi que les difficultés de la séparation – individuation.





# Questions utiles pour repérage simple des TCA en clinique

- Questionnaire SCOFF – F
  - Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?
  - Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
  - Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?
  - Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
  - Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?
- Il est recommandé de suivre systématiquement les courbes de croissance en taille, poids et corpulence chez les enfants et adolescents pour identifier toute cassure des courbes et calculer leur indice de masse corporelle [IMC = poids (kg)/taille (m<sup>2</sup>)]



## 2 - Les conduites problématiques de jeux de hasard et d'argent

(JHA) qui viennent elles plutôt « titiller » le lien père-fils se sont multipliées à partir de l'augmentation notable d'une offre diversifiée de nombreux opérateurs agréés depuis la loi de 2010 et de jeux ayant un potentiel addictif important (lié notamment à la brièveté du délai entre mise et gain ainsi qu'à la fréquence de jeu possible)

→Prévalence jeu pathologique et à risque entre 1 et 3 % de la population en moyenne partout dans le monde (1,2 % en France apres la première enquête épidémiologique ,couplée en 2010 au Barometre santé)



Ces conduites de jeu pathologique (et aussi d'achats) avec leurs conséquences (dommages) notamment financières illustrent le fait **qu'en l'absence d'élaboration symbolique de la dette de filiation** (qui nous permet d'assumer notre dépendance à nos ascendants) **c'est le comportement (et ici la dette financière** au père qui couvre le découvert) qui tente d'éponger celle-ci.

- cf étymologie du terme Addiction
- cf aussi Le joueur DOSTOÏEVSKI
- et « DOSTOÏEVSKI et le parricide » de FREUD
- cf enfin la dimension ordalique de ces conduites : manière de tester le destin et de s'en remettre au jugement de Dieu



# DEFINITIONS

- **Joueurs sociaux** (~ 35 millions en France) y compris joueurs professionnels et spéculateurs boursiers !
- **Joueurs problématiques** (ou excessifs)  
répétition – dommages (3 critères DSM au moins)
- **Joueurs pathologiques** critères diagnostiques DSM ( 5 au moins)



# Introduction DSM III en 1980

Depuis DSM III R dans les troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs

Doit rejoindre les addictions dans le DSM V

En France prise en compte récente du problème

Plan gouvernemental addictions 2007-2012

Expertise collective INSERM 2008

# CRITERES DSM IV - JEU

## ▪ Critères diagnostiques du F63.0 [312.31] Jeu Pathologique

A. Pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) préoccupation par le jeu (p. ex., préoccupation par la remémoration d'expériences de jeu passées ou par la prévision de tentatives prochaines, u par les moyens de se procurer de l'argent pour jouer)
- (2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré
- (3) efforts répétés mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu
- (4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu
- (5) joue pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique (p. ex., des sentiments d'impuissance, de culpabilité, d'anxiété, de dépression)
- (6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes (pour se « refaire »)
- (7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres personnes pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- (8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu
- (9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu
- (10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées due au jeu

B. La pratique du jeu n'est pas mieux expliquée par un Episode maniaque.



# AUTREMENT DIT

- *Un **joueur social ou récréatif** :*
  - Joue occasionnellement ou régulièrement
  - Joue pour le plaisir
  - Accepte de perdre l'argent misé
  - Ne retourne pas jouer pour « se refaire »
  - **Joue selon ses moyens**
    - pour lui le jeu est un loisir, qu'il choisit de s'offrir parce qu'il en a les moyens



- **Le joueur pathologique**, à l'opposé joue
  - **Plus souvent** et **plus longtemps** qu'il l'avait prévu
  - **Plus** qu'il peut se le permettre
  - En fait le **centre de son existence** au détriment d'autres investissements
  - **Continue** à jouer de plus en plus **malgré la connaissance des dommages entraînés**
  - Avec **espoir irrationnel** d'un gain



# DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

En fonction de ces critères on peut remarquer

- Que dans les nombreux pays où ont lieu ces études, entre **0,5 et 1,5 % de la population serait concernée** (jusqu'à 3 % si l'on inclut le jeu problématique)
- Qu'en France où les premiers résultats de l'étude épidémiologique (couplée au Baromètre santé 2010) ont été publiés en septembre 2011.



Les données sont les suivantes :

## Le jeu « problématique » : prévalence

Indice ICJE : prévalence en %	IC à 5 %	correspondance avec autres concepts (DSM, SOGS)	
		Joueur "pathologique"	Joueur "problématique"
<b>parmi l'ensemble de la population</b>			
Non joueur ou j. sans probl. ou à faible risque	98,7	[98,5-98,9]	
Joueur à risque modéré	0,9	[0,78-0,94]	
Joueur excessif	0,4	[0,38-0,50]	0,4
<b>parmi les joueurs actifs</b>			
Joueur sans problèmes	77,1	[76,1-78,1]	
Joueur à faible risque	12,2	[11,4-12,9]	
Joueur à risque modéré	7,1	[6,4-7,7]	
Joueur excessif	3,7	[3,2-4,1]	3,7



## JEU EXCESSIF : la France dans le Monde

Pays	Jeu pathologique	Jeu problématique	année	N	outil	âges
US	1,9	5,5	2000	2638	SOGS	18 & +
Australie	2,1	4,9	1999	10600	SOGS	18 & +
Italie	0,3	2,2	2007	7234	ICJE	-
Canada	0,5	2	2002	34770	ICJE	15 & +
Suède	0,6	2	1998	7139	SOGS	15-74
Belgique	0,4	2	2005 ?	3002	DSM-IV	-
Gde Bretagne	0,5	1,9	2007	9003	ICJE	16 & +
Québec	0,6	1,9	2009	11888	ICJE	18 & +
<b>France</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>	<b>2010</b>	<b>27653</b>	<b>ICJE</b>	<b>18 &amp; +</b>
Suisse	0,5	1,3	2005	2803	SOGS	18 & +
NZ	0,5	1,3	1999	6452	SOGS	18 & +
Pays Bas	0,3	0,9	2004	5460	SOGS	18 & +
Allemagne	0,2	0,6	2007	7980	SOGS	18 & +
Norvège	0,2	0,6	2002	5235	SOGS	-



# JEU PATHOLOGIQUE ET COMORBIDITES

- **Les troubles de l'humeur**, et principalement la dépression ainsi que le trouble bipolaire

**EDM retrouvé dans plus de 50 % des cas** dans la plupart des études et plus souvent chez la femme (PETRY et col, 2005)



# JEU PATHOLOGIQUE ET COMORBIDITES

## – Les autres conduites addictives associées

- 15 % des sujets alcooliques ou toxicomanes ont présenté une conduite de jeu pathologique
- 50 % des joueurs pathologiques ont présenté un abus ou une dépendance à une SPA

(LEJOYEUX et col, 1999 – PETRY et al, 2005)



Fréquence et intensité des **DISTORSIONS COGNITIVES**  
(degré de conviction -cf LADOUCEUR et GABOURY –  
1987 et 2004)

- Non prise en compte indépendance des tours
- Illusion de contrôle du hasard (*LANGER, 1975*)
- Biais d'interprétation et d'optimisme
- Certitude de gagner et que la poursuite du jeu augmente les chances



# TRAJECTOIRE

Evolution classique en **trois phases**

- Phase de **gain** ( $\pm$  Big Win)
- Phase de **perte** et augmentation prise de risque (tolérance)
- Phase de **désespoir**  
impasse existentielle
- Avec la constatation que **l'attrait pour la conduite débute à l'adolescence**, comme pour beaucoup de conduites addictives





# Outils repérage simple jeu problématique

## Questions du Lie-bet

- 2- Avez-vous besoin de jouer avec des sommes d'argent de plus en plus élevées pour atteindre l'état d'excitation désiré ?
- 7- Avez-vous menti aux membres de votre famille, à votre médecin ou à d'autres personnes, pour cacher l'ampleur réelle de vos habitudes de jeu ?



# L'auto-questionnaire ICJE

## Au cours des 12 derniers mois :

1. Avez-vous misé plus d'argent que vous pouviez vous permettre de perdre ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
2. Avez-vous eu besoin de miser plus d'argent pour obtenir la même excitation ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
3. Etes-vous retourné jouer une autre journée pour récupérer l'argent que vous aviez perdu ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
4. Avez-vous vendu quelque chose ou emprunté pour obtenir de l'argent pour jouer ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
5. Avez-vous déjà senti que vous aviez peut-être un problème de jeu ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
6. Le jeu a-t-il causé chez vous des problèmes de santé, y compris du stress ou de l'anxiété ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
7. Des personnes ont-elles critiqué vos habitudes de jeu ou vous ont-elles dit que vous aviez un problème de jeu (même si vous estimiez qu'elles avaient tort) ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
8. Vos habitudes de jeu ont-elles causé des difficultés financières à vous ou à votre ménage ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours
9. Vous êtes-vous déjà senti coupable de vos habitudes de jeu ou de ce qui arrive quand vous jouez ?  
 Jamais       Parfois       La plupart du temps       Presque toujours

### Notation :

Chaque question est cotée de 0 à 3 points, permettant d'obtenir un score total sur les 9 items compris entre 0 et 27. Un score de 0 indique l'absence de problème de jeu ; un score de 1 ou 2 indique un faible risque ; un score de 3 à 7 indique un risque modéré ; et un score supérieur ou égal à 8 indique un problème de jeu.



**3 – le problème des jeux vidéo** est de plus en plus régulièrement soulevé avec comme toujours de fortes oscillations **entre diabolisation et banalisation**.

En fait **une illustration parmi beaucoup d'autres de la place nouvelle prise par les NTIC** révolution culturelle et médiatique mais aussi économique et sociale (R. DEBRAY)

**Nouveau « cordon ombilical numérique »** avec téléphones portables, MSN, blogs...

**« Hygiaphone sentimental »** permettant d'échapper à la dictature de l'apparence, en mettant le corps hors jeu (P. LARDELIER « Le pouce et la souris »).

Mais constituant une **vraie fracture générationnelle** d'où le stress de parents « obnubilés par quelque chose qui leur échappe » (S. TISSERON)

➤ Les problèmes d'addictions aux jeux vidéo concernent très prioritairement **les jeux de simulation en ligne en univers persistant. MMORPG**

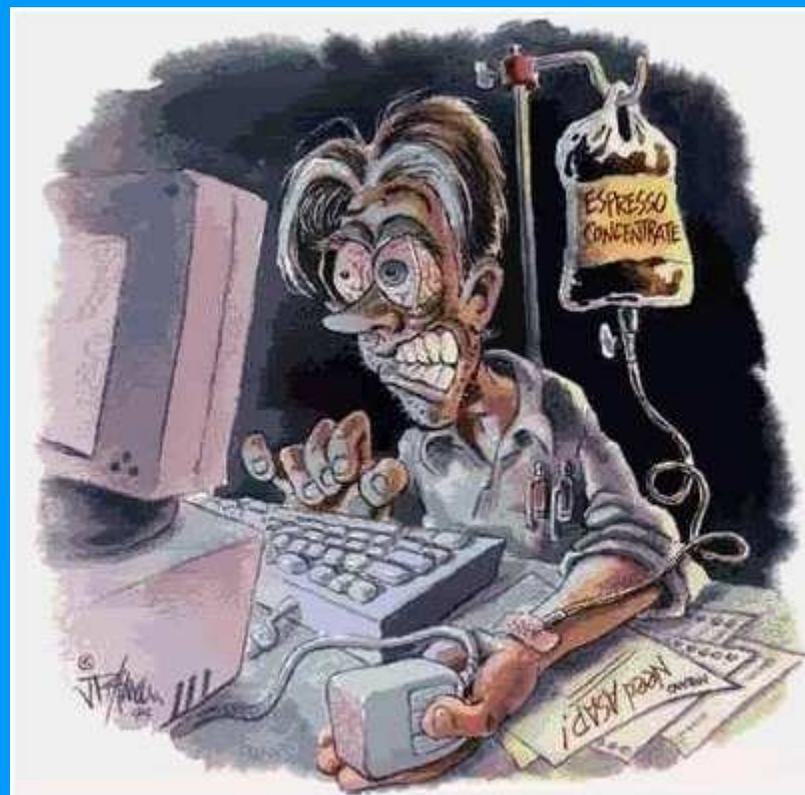
- cf **WOW** > 12 millions de joueurs
  - » **70 % > 2 ans d'abonnement**
  - » **Hommes jeunes surtout**
  - » **Seulement 20 % de mineurs**



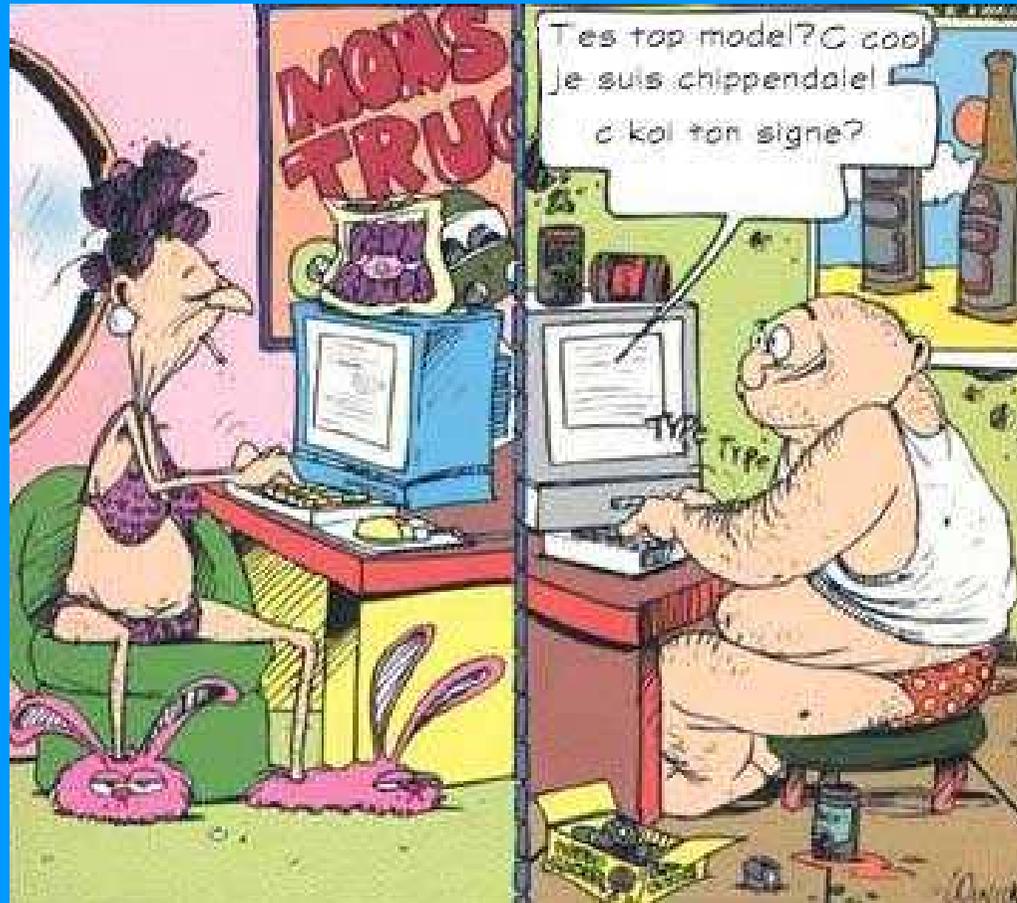


- **Risques addictifs à la mesure des enjeux narcissiques et identificatoires là encore**
  - **Sentiments de puissance** (hiérarchie dans la Guilde) **mais également dépendance au groupe.**
  - Identification forte à un avatar paré de beaucoup de qualités rêvées
  - Développement de possibilités relationnelles insoupçonnées (« frères d'arme »), notamment en cas de difficultés dans la vie réelle (phobie sociale)
  - **Dans plusieurs études environ 10 % joueurs addicts**
  - **Mais aspects positifs, structurants, voire auto-thérapeutiques de ces jeux**
    - **espace de socialisation**
    - **expérimentation contrôlée du monde et de soi dans le monde (M. STORA, S. TISSERON)**





La place et la responsabilité spécifiques d'Internet dans les différents comportements addictifs constatés, comme vecteur ou objet même d'addiction, est discutée



## 4) Autres addictions sans drogue

- **Les conduites d'achats compulsifs**, souvent rapprochées des JHA concernent avant tout des femmes d'âge moyen, avec une fréquence remarquable des comorbidités dépressives.
- **Les dépendances affectives et sexuelles** qu'il s'agisse de la dépendance à un certain type de relation amoureuse (séduction, passion, fusion...) de la dépendance à l'autre ou de la dépendance sexuelle sous différentes formes



# Où commence la pathologie?

- Bannir les critères moraux
- La distinction entre normal et pathologique a pour seuil la liberté du plaisir , le respect de l'autre, le consentement de chacun.
- Processus qui conduit un sujet à devenir progressivement assujéti à sa sexualité et faisant basculer celle-ci dans le registre du besoin plutôt que dans ceux du désir et du plaisir, avec des conséquences significatives
  - Individuelles: souffrance et perte de liberté
  - Conjugales
  - Socio-professionnelles



# Définitions

- Pas de définition consensuelle
- Difficultés terminologiques: addiction sexuelle, compulsion sexuelle, hypersexualité, trouble du contrôle des impulsions...
- Le DSM IV classe les « comportements sexuels excessifs » en 3 catégories: les paraphilies, les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés, les troubles sexuels non spécifiés.
- La CIM 10: « Activité sexuelle excessive »
- Remplit les critères diagnostiques de l'addiction comportementale de Goodman
- Attention aux critères diagnostiques « normatifs »



Black, 1998; Coleman, 2003; Gold & Heffner, 1998; Goodman, 2001; Grant, Levine, Kim, & Potenza, 2005; Kafka, 1997; Stein, Black, & Pienaar, 2000



Proposition de Kafka pour le DSM V  
Hypersexual Disorder  
Archives of sexual behavior 2010

- A. Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, or sexual behaviors in association with 3 or more of the following 5 criteria:
- A1. Time consumed by sexual fantasies, urges or behaviors repetitively interferes with other important (non-sexual) goals, activities and obligations.
  - A2. Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to dysphoric mood states (e.g., anxiety, depression, boredom, irritability).
  - A3. Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to stressful life events.
  - A4. Repetitive but unsuccessful efforts to control or significantly reduce these sexual fantasies, urges or behaviors.
  - A5. Repetitively engaging in sexual behaviors while disregarding the risk for physical or emotional harm to self or others.



Proposition de Kafka pour le DSM V  
Hypersexual Disorder  
Archives of sexual behavior 2010

B. There is clinically significant personal distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning associated with the frequency and intensity of these sexual fantasies, urges or behaviors.

C. These sexual fantasies, urges or behaviors are not due to the direct physiological effect of an exogenous substance (e.g., a drug of abuse or a medication)

Specify if: Masturbation, Pornography Sexual,  
Behavior with Consenting Adults, Cybersex,  
Telephone Sex, Strip Clubs, Other





- L'appartenance addictive de **certaines aliénations sectaires** est également un sujet de réflexion passionnant, avec là encore des effets de rencontre entre les facteurs de vulnérabilité de l'adepte, son parcours, et les spécificités du discours de la secte.



# SECTES



- **Les addictions sportives**, et pas seulement en terme de dopage, puisqu'il a été montré que la pratique sportive intensive et en compétition (pas seulement chez les sportifs de haut niveau) était susceptible de comporter des risques addictifs, et notamment **l'association à des conduites anorexiques-boulimiques** dans certains cas, ou surtout **la bascule vers la pharmaco-dépendance après l'arrêt de la pratique sportive** (même en l'absence de pharmaco assistance antérieure du type dopage) : 20 % des toxicomanes à l'héroïne substitués à la clinique Montevideo avaient de tels antécédents sportifs – W. LOWENSTEIN 2000





- **Les addictions au travail** souvent oubliées tant elles peuvent concerner ceux qui s'intéressent aux problématiques addictives. Elles peuvent rendre compte de certains états de «burn out».

Importance d'insister encore sur le fait que ce n'est pas l'objet qui définit l'addiction mais le mode de relation qui s'est construit avec lui, avec ses conséquences négatives.

Risque de stigmatisation et de médicalisation abusive qui n'est souvent rien d'autre qu'une forme de jugement moral

